ANALISIS INDIKATOR MASUKAN PROGRAM PEMBERANTASAN DEMAM BERDARAH *DENGUE* DI DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA UTARA

Izzah Dienillah Saragih[1], Reinpal Falefi [2], Devi Juliana Pohan[2], Sri Rezeki Hartati Elliandy[2]
[1]Alumni Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
[2]Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, Medan
Email : Izzahdienillah@gmail.com

Track Record Article

Diterima : 5 April 2019
Dipublikasi: 25 Juni 2019

Abstract

Dengue Hemorrhagic fever (DHF) is a major public health problem in Indonesia where the number of reported cases per February 2019 reached 16.692 cases with 169 deaths. North Sumatera is an endemic area of dengue fever with a number of cases in 2017 of 5.454 and an IR number of 49 per 100.000 higher than the national target figure. Challenges on input indicators make the DHF eradication program run less optimally. ***Method****: This research was an qualitative study, which research design was a case study. The location taken in this study at the North Sumatera Provincial Health Office, the study was conducted from October to December 2018. The informants studied were 2 people. The research subjects were taken based on purposive sampling. Data collection techniques are carried out by in-depth interviews and observations, with research instruments in the form of interview guidelines and observation guidelines.* ***Results****: Analysis of input indicators in the DHF eradication program at the North Sumatra Provincial Health Office found findings of Human Resources consisting of 2 doctors, 1 sanitarian staff and 1 expert epidemiologist (S2), still lacking funds in the DHF program. and the infrastructure of the DHF program consists of 2 liters of insecticide, 100 Rapid tests, 300 bottles of larvacide, and extension media in the form of banners.* ***Conclusions and suggestions****: Input indicators on the eradication program of dengue hemorrhagic fever at the North Sumatra Provincial Health Office have been fulfilled, namely on human resources and infrastructure, while the challenges of the DHF program in the North Sumatra Provincial Health Office are funding and counseling media. Suggestions for the North Sumatra Health Office, the allocation of funds needs to be evaluated as well as requests for allocation of funds to the center according to the ideal funding allocation.*

Keywords: ***Analysis, Input, Program, DBD, North Sumatra.***

Abstrak

Pendahuluan: Demam Berdarah *Dengue* (DBD) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dimana jumlah kasus yang dilaporkan per Februari 2019 mencapai 16.692 kasus dengan kasus kematian sebanyak 169 orang. Sumatera Utara termasuk daerah endemis DBD dengan jumlah kasus pada tahun 2017 sebesar 5.454 dan angka IR 49 per 100.000 lebih tinggi dari angka target nasional. Banyaknya tantangan pada indikator masukan, menjadikan program pemberantasan DBD kurang berjalan dengan maksimal. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif, dengan desain studi kasus. dan lokasi di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yang dilakukan mulai bulan Oktober sampai Desember 2018. Informan penelitian sebanyak 2 orang yang diambil secara *purposive sampling.* Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi, dengan instrument penelitian berupa pedoman wawancara. **Hasil:** Analisis indikator masukan pada program pemberantasan DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara ditemukan Sumber Daya Manusia berjumlah empat orang yang terdiri dari 2 dokter, 1 tenaga sanitarian dan 1 tenaga

epidemiologi ahli (S2), masih minimnya dana program DBD, serta sarana dan prasarana program DBD terdiri dari 2 liter Insektisida, 100 Rapid test, 300 botol larvasida, dan media penyuluhan hanya berupa *banner*. **Kesimpulan dan saran:** Indikator masukan pada program pemberantasan demam berdarah *dengue* di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yang sudah terpenuhi yaitu pada sumber daya manusia dan sarana prasarana, sedangkan yang menjadi tantangan program DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yaitu dana dan media penyuluhan. Saran untuk Dinas Kesehatan Sumatera Utara, alokasi dana perlu dilakukan evaluasi serta permintaan alokasi dana kepada pusat sesuai alokasi pendanaan yang ideal.
Kata kunci: Analisis, Masukan, Program, DBD, Sumatera Utara.

1. Pendahuluan

Salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia adalah Demam Berdarah *Dengue* (DBD). DBD merupakan masalah kesehatan masyarakat yang dapat menimbulkan kematian dalam waktu singkat dan sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) sehingga mengakibatkan kepanikan di masyarakat karena berisiko meyebabkan kematian serta penyebarannya sangat masif dan cepat. Demam Berdarah *Dengue* masih menjadi permasalahan kesehatan baik di wilayah perkotaan maupun wilayah semi-perkotaan. Perilaku vektor dan hubungannya dengan lingkungan, seperti iklim, pengendalian vektor, urbanisasi, dan lain sebagainya mempengaruhi terjadinya wabah demam berdarah di daerah perkotaan. Iklim Indonesia yang tropis juga merupakan faktor potensial yang menjadikan DBD sebagai kasus endemik maupun epidemik. Penyakit DBD ini perlu mendapat perhatian serius dari semua pihak disebabkan jumlah kasus yang cenderung meningkat setiap tahunnya. Jumlah orang yang meninggal jauh lebih banyak dibandingkan kasus kematian manusia karena flu burung atau *avian influenza* (Ginanjar, 2008).).

Negara-negara Anggota di tiga wilayah WHO (*World Health Organization*) secara teratur melaporkan jumlah kasus tahunan. Jumlah kasus yang dilaporkan meningkat dari 2,2 juta pada tahun 2010 menjadi lebih dari 3,34 juta pada tahun 2016. Inisiasi kegiatan untuk mencatat semua kasus *dengue* sebagian menjelaskan peningkatan tajam dalam jumlah kasus yang dilaporkan dalam tahun terakhir. Tahun 2016 ditandai dengan wabah demam berdarah besar di seluruh dunia. Wilayah Amerika melaporkan lebih dari 2,38 juta kasus pada tahun 2016, Brasil dengan kasus kurang dari 1,5 juta kasus, sekitar 3 kali lebih tinggi dari tahun 2014. 1032 kematian *dengue* juga dilaporkan di wilayah tersebut. Wilayah Pasifik Barat melaporkan lebih dari 375.000 kasus dugaan demam berdarah pada tahun 2016, di mana Filipina melaporkan 176.411 dan Malaysia 100.028 kasus, mewakili beban yang sama dengan tahun sebelumnya untuk kedua negara. Kepulauan Solomon mengumumkan wabah dengan lebih dari 7000 tersangka. Di Wilayah Afrika, Burkina Faso melaporkan wabah demam berdarah setempat dengan kemungkinan 1061 kasus. Pada 2017, pengurangan signifikan dilaporkan dalam jumlah kasus demam berdarah di Amerika dari 2.177.171 kasus pada 2016 menjadi 584.263 kasus pada 2017 sehingga pengurangan 73%. Panama, Peru, dan Aruba adalah satu-satunya negara yang mencatat peningkatan kasus selama 2017. Demikian pula, penurunan 53% dalam kasus demam berdarah juga dicatat selama 2017 (WHO, 2019).

Angka kejadian DBD di Indonesia cenderung megalami kenaikan tiap tahunnya. Berdasarkan data Surveillans Penyakit Menular oleh Ditjen Pemberantasan dan Penanggulangan Penyakit Menular (P2PM) Kementerian Kesehatan disebutkan per Februari 2019 kasusnya mencapai 16.692 kasus dengan angka kematian sebanyak 169 orang. Jumlah tersebut meningkat jika dibandingkan dengan data sepanjang tahun 2018. Persebaran kasus DBD di Indonesia hampir merata di seluruh provinsi. Seluruh wilayah Indonesia mempunyai risiko untuk terjangkit penyakit DBD, karena virus penyebab dan nyamuk penularannya tersebar luas baik di rumah maupun ditempat-tempat

umum, kecuali yang ketinggiannya lebih dari 1000 meter diatas permukaan air laut.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, jumlah kasus Demam Berdarah *Dengue* (DBD) di Sumatera Utara sebesar 5.454 kasus. Angka kejadian baru atau *Incidence Rate* (IR) sebesar 39,6 per 100.000 dan *Case Fatality Rate* (CFR) DBD sebesar 0,51%. Data tersebut jauh lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2016 dengan jumlah kasus 8.715 kasus, *Incidence Rate* (IR) sebesar 63,3 per 100.000 penduduk, serta *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 0,69%. Lebih lanjut angka tersebut jika dibandingkan dengan target nasional masih di bawah indikator nasional yaitu 49 per 100.000 penduduk dan CFR <1%. Meski begitu, masih terdapat beberapa daerah di Sumatera Utara yang memiliki angka IR dan CFR di atas indikator nasional. Jumlah kasus tertinggi DBD terjadi di Kota Medan dengan 1.214 kasus, *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 0,91%. Potensi DBD sebagai penyakit yang bisa menmbulkan KLB tetap ada mengingat penyakit DBD adalah penyakit endemic yang dapat muncul sepanjang tahun, terutama saat musim hujan ketika kondisi optimal untuk nyamuk berkembang biak.

Program pemberantasan DBD adalah suatu upaya terpadu yang melibatkan berbagai instansi pemerintah maupun seluruh masyarakat di dalam mencegah dan menanggulangi adanya kasus DBD (Depkes RI, 1996). Berdasarkan Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang pemberantasan penyakit demam berdarah *dengue*, pemberantasan penyakit DBD adalah semua upaya untuk mencegah dan menangani kejadian DBD. Sebagai bagian dari Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) penting untuk dilaksanakan karena penyakit potensial menjadi wabah, vaksin pencegahan masih belum ditemukan, dan vektor perantara penyakit ini tersebar luas di lingkungan sekitar masyarakat. Wujud nyata dari perhatian pemerintah terhadap penyakit DBD adalah dengan dikeluarkannya Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit DBD di berbagai daerah yang dilanda penyakit DBD, khususnya ditinjau dari indikator masukan program.

Upaya pemberantasan penyakit DBD berdasarkan Kepmenkes No.581/MENKES/SK/VII/1992, dilaksanakan dengan cara tepat guna oleh pemerintah dengan peran serta masyarakat yang meliputi, pencegahan dengan melakukan PSN, penemuan, pertolongan, dan pelaporan, penyelidikan Epidemiologi dan pengamatan penyakit, penanggulangan seperlunya, penanggulangan lain, dan penyuluhan kesehatan. Sampai saat ini upaya pencegahan dan pengendalian DBD di Sumatera masih menghadapi tantangan. Salah satunya adalah dalam hal pelaksanaan surveillans DBD. Tantangan utama dalam surveillans DBD, misalnya ada pada indikator masukan, yaitu dari segi *man, material,money* dan *method* yang masih belum optimal. Indikator masukan ini yang menjadi penilaian apakah upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan DBD di Sumatera Utara sudah berjalan maksimal atau tidak.

Penelitian Laras (2010) menyebutkan bahwa terdapat masalah surveilans berupa kualitas SDM dan sarana prasarana masih rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Sitepu, dkk (2012), diketahui bahwa indikator input yang mencakup SDM, sarana dan dana masih belum baik, hal ini menyebabkan sistem surveilans yang ada tidak berjalan dengan optimal. Pada indikator sumber daya manusia (SDM) terdapat kualifikasi pendidikan yang masih rendah serta tidak semua ketenagaan tersebut mendapatkan pelatihan bahkan ada yang sama sekali tidak mendapatkan pelatihan. Pada indikator sarana, ketersediaan larvasida masih belum mencukupi kebutuhan yang diperlukan untuk melakukan surveilans DBD seperti pengendalian jentik nyamuk *Aedes aegypti.* Pada indikator dana, besaran dana pada sistem surveilans DBD masih belum sesuai dengan kebutuhan karena APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) yang diberikan pemerintah daerah tidak stabil serta dana tersebut lebih diprioritaskan pada kebutuhan teknis. Penelitian yang dilakukan oleh Sulistya (2006) bahwa terdapat masalah kualitas SDM yang rendah. Kemudian pada penelitian Mufidz (2016), pada indikator masukan berupa tenaga Program Pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD) serta sarana dan prasarana belum sesuai dengan yang seharusnya, namun pada variabel dana sudah sesuai dengan tataran

ideal. Penelitian yang dilakukan oleh Syairaji (2019) bahwa masih ada SDM yang memiliki kualifikasi pendidikan yang tidak sesuai dengan ketentuan dan tidak sesuai dengan bidangnya yang bekerja pada sistem surveilans serta adanya tumpang tindih pekerjaan dalam bekerja dan tidak adanya dana yang dialokasikan khusus untuk operasional pelaksanaan surveilans DBD.

Meskipun secara keseluhan angka *Incidence Rate* (IR) DBD di Provinsi Sumatera Utara menurun, yaitu dari 63,21 per 100.000 penduduk pada tahun 2016 menjadi 38,7 per 100.000 pada tahun 2017, kewaspadaan terhadap kejadian DBD sebagai penyakit potensial KLB harus tetap ditingkatkan. Terlebih masih banyak daerah di Sumatera Utara yang memiliki *Incidence Rate* (IR) lebih tinggi dari indikator nasional, yaitu di atas 49 per 100.000 penduduk, termasuk di antaranya Medan, Pematang Siantar, Binjai, Tanjung Balai, Tebing tinggi, Sibolga, Simalungun dan Samosir. Tingginya jumlah kasus dan endemis nya suatu Kabupaten/Kota terhadap penyakit DBD dapat disebabkan oleh masalah perencanaan dan pelaksanaan kegiatan program Program Pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD) yang kurang optimal terkait indikator masukan program. Oleh karena itu, peneliti mencoba melakukan penelitian untuk mengetahui gambaran indikator masukan pada program pemberantasan demam berdarah dengue di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Indikator masukan yang dilihat pada penelitian ini adalah indikator *man, material,* dan *money.*

2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain studi kasus. Lokasi yang diambil pada penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Penelitian dilakukan mulai bulan Oktober sampai Desember 2018. Informan penelitian sebanyak 2 orang, yang merupakan pegawai di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara dengan jabatan yaitu kepala seksi program penanggulangan penyakit menular dan koordinator program DBD. Informan penelitian diambil berdasarkan *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. *Instrument* penelitian berupa pedoman wawancara dan pedoman observasi.

3. Hasil

Dari hasil observasi terhadap data surveillans penyakit menular di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, ditemukan angka *Incidence Rate* (IR) DBD di Sumatera Utara turun dari 63,21 per 100.000 penduduk pada tahun 2016 menjadi 38,7 per 100.000 pada tahun 2017. Meskipun mengalami penurunan, angka *Incidence Rate* (IR) DBD di Kota Medan pada tahun 2013-2016 cenderung mengalami kenaikan. Lebih lengkapnya dijelaskan oleh grafik gambar 1 :

Angka *Incidence Rate* (IR) 38,1 per 100.000 penduduk tersebut masih di bawah target nasional yaitu <49 per 100.000 penduduk. Meskipun begitu, masih terdapat Kabupaten/Kota di Sumatera Utara yang memiliki angka IR di atas target nasional, yaitu Medan (54,5), Pematang Siantar (84,1), Binjai (104,1), Tebing Tinggi (117,1), Sibolga (127,9), Simalungun (88,4), Samosir (105,2) dan Toba Samosir (71,4). Gambar pemetaan angka IR DBD Kabupaten/Kota di Sumatera Utara dijelaskan oleh gambar 2. Dari hasil wawancara mendalam dengan informan diperoleh hasil gambaran indikator masukan program pemberantasan demam berdarah *dengue* di Dinas Kesehatan Sumatera Utara pada tabel 1

4. Pembahasan

4. 1. Sumber Daya Manusia

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, Sumber Daya Manusia (SDM) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara terdiri dari 2 orang dokter, 1 orang tenaga sanitarian dan 1 orang ahli epidemiologi (S2). Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian Mufidz (2016) yang dilakukan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal bahwa jumlah tenaga pada program DBD, baik dari segi jumlah dan kualifikasi pendidikan sumber daya manusianya belum sesuai dengan ketentuan. Berdasarkan jumlah tenaga surveilans DBD di DKK Tegal berjumlah 2 orang yang berlatarbelakang pendidikan S1 Epidemiologi Kesehatan Masyarakat dan 1 orang lainnya berlatarbelakang pendidikan S2 Manajemen Kesehatan (Belum sesuai), berdasarkan ketersediaan tenaga terlatih dalam manajemen program dan teknis pemberantasan penyakit DBD (P2DBD), tidak ada SDM (Sumber Daya Manusia) yang mendapatkan pelatihan

manajemen pengendalian DBD dan tidak ditemukan sertifikat pelatihan manajemen pengendalian DBD. Hal ini membuktikan, masih minimnya ketersediaan Sumber Daya Manusia pada program pemberantasan DBD di Indonesia. Penelitian Siyam (2010) menyebutkan jumlah tenaga surveilans belum memadai sehingga mempengaruhi keberhasilan pelaporan surveilans DBD. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu maka dibutuhkan jenis, jumlah dan kualifikasi dari tenaga kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan yang tidak memadai menyebabkan pelaksanaan kegiatan program pemberantasan penyakit DBD tidak dapat dilaksanakan dengan optimal (Rahayu, 2012).

Hasil penelitian Anita (2016), diperoleh persentase indikator terhadap ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) memenuhi 75% atau memenuhi 3 dari 4 indikator dari Kepmenkes RI Nomor 581/ MENKES/SK/VII/1992 yang meliputi dokter umum, perawat, dan kader. Hasil penelitian Sari (2013), Sumber Daya Manusia (SDM) pada pelaksanaan kegiatan program Pemberantasan Penyakit DBD (P2DBD) dari segi jumlah dan luas wilayah sudah cukup. Dari segi kualitas diperoleh petugas dengan kualifikasi yang baik dan pengalaman selama bertahun-tahun. Hasil penelitian Kusumo (2014), Apabila dilihat dari uraian tugas masing-masing petugas jumlah tenaga untuk program pengendalian DBD dikatakan cukup.

Sumber Daya Manusia (SDM) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara tidak terjadi rangkap tugas, sedangkan di Kabupaten/Kota kemungkinan terjadi rangkap tugas. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian Mufidz (2016) bahwa terdapat rangkap tugas pada kepala seksi pemberantasan penyakit DBD. Petugas yang mengerjakan tugas rangkap menyebabkan kegiatan program tidak sesuai dengan optimal karena ada pembagian waktu tugas yang singkat dengan pekerjaan yang banyak (Frans, 2010).

Temuan lainnya pada program pemberantasan penyakit DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yaitu dilakukan pelatihan bagi petugas kesehatan yang dilakukan di Kabupaten/Kota sasaran. Namun, kurangnya dana untuk program DBD di Dinkes Provinsi Sumatera Utara menyebabkan pelaksanaan pelatihan bagi petugas kesehatan jarang dilakukan. Faktor penyebab lemahnya suatu program DBD antara lain masih terdapat tenaga kesehatan yang belum pernah mendapat pelatihan, serta banyaknya petugas yang memiliki tugas rangkap (Sitepu, 2012). Padahal, menurut penelitian Bahtiar (2012), salah satu strategi pengendalian DBD yaitu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan, kader dan masyarakat. Penelitian Mustaring (2010) menyebutkan bahwa kualitas SDM (Sumber Daya Manusia) tidak terlepas dari keikutsertaan pelatihan yang dapat membantu serta meningkatkan kinerja petugas.

4. 2. Dana

Berdasarkan hasil wawancara, dana untuk program DBD (Demam Berdarah *Dengue*) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara hanya bersumber dari dana APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) serta belum adanya dana APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) dan dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan).

Dalam kurun waktu 3 tahun terakhir, tidak ada kembali dana APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) untuk program DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, sedangkan beberapa program kesehatan lainnya menerima dana APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara).

Dana APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) yang diterima tahun 2018 hanya sekitar Rp. 200 juta, sedangkan dana yang seharusnya diterima lebih dari Rp. 1 Miliar.

> *"Masih kurang jauh, ditambah lagi kita kan perlu mengunjungi beberapa kabupaten/kota tadi. Ada sekarang gerakan, namanya gerakan satu rumah satu Jumantik. itu dia kita harus memberikan bimbingan kepada daerah untuk mereka bisa menggalakkan gerakan ini. Nah sayangnya gerakan ini punya pemerintah pusat tidak didukung oleh pendanaan mereka untuk kita melakukannya, jadi gerakan ini hanya sebatas ketika kita kunjungan ke daerah, kita sosialisasikan. Harusnya kita mengundang lintas sektor dii masyarakat di daerah tadi untuk menyosialisasikan buat pertemuannya, gitu dan itu tidak bisa*

terealisasi." (FYS, 37 Tahun. Wc: 12 Desember 2018).
"Dananya kita ada dana APBD, itu full ya kita dana APBD. APBN tidak ada"(YM, 44 Tahun. Wc: 12 Desember 2018)

Keterbatasan dana pada program DBD (Demam Berdarah *Dengue*) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara memiliki implikasi terhadap tidak maksimalnya pelaksanaan salah satu kegiatan yaitu "Gerakan satu rumah satu Jumantik", sehingga hanya dilakukan kunjungan dan sosialisasi ke daerah sasaran serta tidak dilakukan kerja sama lintas sektor pada kegiatan tersebut.

Kerjasama lintas sektor program DBD dilakukan dengan instansi pendidikan, dan lingkungan. Dilakukan maksimal dua kali dengan kegiatan hanya pengarahan pada kabupaten yang menyelenggarakan. Kerja sama lintas sektor hanya tertuang pada SK (Surat Keputusan) tanpa mengaplikasikan di lapangan. Kerja sama lintas sektor Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara adalah POKJANAL (Kelompok Kerja Operasioanal) DBD wilayah Sumatera Utara yang pada akhirnya selalu hanya dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Hal ini tertuang pada wawancara sebagai berikut:

"Kerja sama lintas sektor harusnya ada, Cuma sayangnya itu hanya tertuang dalam kertas. Kita ada namanya POKJANAL (Kelompok Kerja Operasional) DBD untuk wilayah Sumatera Utara, itu hanya sebatas SK. Tapi, ketika aplikasinya di lapangan itu semua jadi pekerjaan petugas dinas kesehatan. Misalnya gini, DBD nya itu harusnya terjadi kan di masyarakat, yang melakukan tindakan penyuluhan misalnya petugas kesehatan, tapi tindakan untuk mengajak, "mengayo-ayokan" masyarakat untuk melakukan PSN siapa harusnya? Kepala desanya kan, camatnya kan, kan gak mungkin kita mengajak masyarakatnya kan itu yang punya wilayahnya kepala desanya. Kemudian mengajak masyarakat untuk bersih – bersih minimal jumat bersih atau sekali seminggu bersih, masa kita juga. Itukan wilayah kerjanya masyarakat itu siapa yang punya camat, lurah, kepala desa, mereka lah yang harusnya bertanggung jawab untuk itu. Nah kebersihan lingkungan, siapa? Kan bukan petugas kesehatan tapi ada tugas dari dinas kebersihan, kan begitu. Tapi kenyataannya di lapangan ketika kasus DBD semua kembali ke tanggung jawab dinas kesehatan." (FYS, 37 Tahun. Wc: 12 Desember 2018)

Hal ini sejalan dengan penelitian Putri (2017) yang menyatakan dana yang kurang untuk program pemberantasan DBD dengan sumber dana berasal dari Pemerintah Kota dan APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah). Penelitian Sitepu (2012) menyebutkan dana APBD dialokasikan secara periode bersifat fluktuatif dan lebih banyak diprioritaskan pada hal teknis**.** Hal serupa dengan penelitian Sriwulandari (2009) bahwa kurangnya anggaran dana dari APBD pada pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit DBD di Dinkes Kabupaten Magetan.

4. 3. Sarana dan Prasarana

Kinerja petugas program pemberantasan penyakit menular sangat dipengaruhi oleh sarana dan prasarana yang berkaitan sehingga dalam memberikan pelayanan dan melaksanakan tugasnya, petugas terkait secara langsung akan membutuhkan sarana dan prasarana. Sarana dan prasarana yang terbatas untuk digunakan akan berakibat pelayanan yang diberikan tidak dapat sesuai dengan yang diharapkan. Berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 581/ MENKES/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue, sarana dan bahan yang digunakan, yaitu mesin fogging dengan kebutuhannya setiap puskesmas sebanyak 4 unit, setiap kabupaten/kota sebanyak 10 unit, dan setiap provinsi sebanyak 10 unit, mesin ULV (*Ultra-Low Volume*), kendaraan pengangkut ULV (*Ultra-Low Volume*), kebutuhannya setiap kabupaten, kotamadya, dan provinsi sebanyak 2 unit, kebutuhan *PSN kit* dan kebutuhan Jumantik (Juru Pemantau Jentik), insektisida, larvasida, dan bahan pendukung diagnosis lainnnya serta penatalaksanaan penderita DBD (Depkes RI, 2011). Jika sarana dan prasarana yang dibutuhkan oleh tenaga pelaksana mengalami kekurangan, maka hal tersebut bisa menghambat jalannya pelaksanaan program

yang mengakibatkan pencapaian target tidak sesuai dengan perencanaan. Oleh karena itu, sarana menjadi suatu hal yang harus tersedia dan harus dapat mencukupi sesuai dengan kebutuhan berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 581/ MENKES/SK/VII/1992.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, sarana dan prasarana Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara memiliki batasan sebagai penunjang di tingkat Kabupaten/Kota seperti *rapid* test dan alat *fogging*. Untuk diagnosis penyakit DBD (Demam Berdarah *Dengue*), dilakukan pemeriksaan di laboratorium untuk identifikasi trombosit dan hematokrit. Pada program DBD (Demam Berdarah *Dengue*) Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara terdapat insektisida sebanyak 2 liter, *rapid test* 100 item, dan larvasida 300 botol. Indikator sarana dan prasarana tersebut sudah terpenuhi sebagai fasilitator kepada tingkat Kabupaten/Kota. Sarana dan prasarana digunakan untuk sosialisasi, kemudian jika ada kasus DBD (Demam Berdarah *Dengue*) akan dilaksanakan upaya *fogging* pada daerah sasaran. Hal ini bertentangan dengan penelitian Putri (2017) bahwa masih terdapat tantangan berupa sarana dan prasarana pada program DBD. Sarana dan prasarana tersebut hanya berupa materi hasil pembekalan. Pada penelitian Rahayu (2012) dari segi jumlah ketersediaan sarana dan prasarana di Puskesmas ketapang masih tidak mencukupi. Hal ini bertentangan dengan penelitian Anita (2016), hasil penelitian diperoleh indikator untuk ketersediaan alat di Puskesmas Rambipuji telah memenuhi 87,5% atau memenuhhi 7 dari 8 alat yang dibutuhkan seperti mikroskop, pipet Hb, hemometer sahli, hemositometer, pipet leukosit, dan kamar hitung trombosit. Pada upaya pencapaian tujuan kebijakan, harus didukung oleh ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai. Tanpa sarana dan prasarana, tugas spesifik tidak dapat diselesaikan secara optimal dan sarana dan prasarana yang kurang memadai akan menimbulkan hambatan pada proses pelaksanaan.

4. 4.Media Penyuluhan

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, Media pada program DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara hanya berupa *Banner*, serta kurang tersedianya *leaflet*, *flipchart* dan poster. Kekurangan *leaflet* disebabkan dana yang minim untuk program DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera utara. Hal ini sejalan dengan penelitian Putri (2017) bahwa media penyuluhan hanya menggunakan LCD (*Liquid Crystal* Display) dan proyektor sehingga penyuluhan bersifat monoton. Penelitian Andrayani (2017) Penyuluhan hanya di lakukan secara oral (menggunakan proyektor) dan tidak membagikan *Leaflet* kepada masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian Anita (2016), program pemberantasan penyakit DBD (P2DBD) diperoleh indikator media sebesar 77,8% yang meliputi buku program pengendalian DBD, buku Tatalaksana DBD, buku petunjuk pelaksanaan teknis jumantik, *leaflet*, *flipchart*, *poster*, formulir K-DBD, formulir W2, dan bagan penatalaksanaan penderita DBD.

Media penyuluhan yang belum tersedia secara lengkap mengakibatkan promosi kesehatan tentang demam berdarah *dengue* tidak berjalan dengan optimal. Tersedianya *banner* pada media penyuluhan belum menyentuh masyarakat umum. Oleh karena itu, media penyuluhan perlu ditambahkan seperti *leaflet*, *flipchart*, dan poster agar pada pelaksanaan penyuluhan dengan pemanfaatan media yang lengkap.

5. Kesimpulan dan Saran

Analisis indikator masukan pada program pemberantasan demam berdarah *dengue* di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara yang sudah terpenuhi yaitu pada sumber daya manusia dan sarana prasarana, sedangkan yang menjadi tantangan bagi program tersebut yaitu dana dan media penyuluhan. Saran untuk Dinas Kesehatan Sumatera Utara, alokasi dana perlu dilakukan evaluasi serta permintaan alokasi dana kepada pusat sesuai alokasi pendanaan yang ideal, karena berdampak pada minimnya penyelenggaraan pelatihan bagi petugas kesehatan, media penyuluhan serta kegiatan operasional DBD di Sumatera Utara.

Daftar Pustaka

Anita dkk. 2016. Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue Tahun 2015 (Perbandingan antara Puskesmas

Patrang dan Puskesmas Rambipuji Kabupaten Jember). Jurnal IKESMA Volume 12 Nomor 2 September 2016

Andrayani, Suttha, 2017. Pelaksanaan Program Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (Dbd) Di Puskesmas Hutabaginda Kecamatan Tarutung Tahun 2017. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan

Bahtiar, Y. 2012. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tokoh Masyarakat Dengan Perannya Dalam Pengendalian Demam Berdarah di Wilayah Puskesmas Kawalu Kota Tasikmalaya. E-Journal.Litbang.Depkes. Volume 4, Nomor 2, Desember 2012. halaman 12-20.

Dinkes Sumatera Utara. 2018. Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017. Medan, Dinas Kesehatan.

Departemen Kesehatan RI. 2011. Informasi Umum DBD. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Frans, YS, Antonius S, Dibyo, P, 2010, Evaluasi dan Implementasi Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Singkawang-Kalimantan Barat tahun 2010, BALABA, Vol. 8, No. 1, Tahun 2011, Hal. 5-10.

Ginanjar, Genis. 2008. Demam Berdarah. Yogyakarta: PT. Bintang Pustaka.

Kemenkes RI. 1992. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No : 581 / MENKES / SK / VII / 1992 Tentang Pemberantasan Penyakit DBD. Jakarta.

Kusumo, Rika Adi, Onny Setiani, Budiyono. 2014. Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Semarang Tahun 2011 (Studi di Dinas Kesehatan Kota Semarang). Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia Vol. 13 No.1 April 2014

Laras, P, 2010, Evaluasi Sistem Surveilans DBD Berdasarkan Komponen dan Atribut Surveilans di DKK Trenggalek, Thesis, Unair, Surabaya.

Mufidz, Maulana. 2016. Evaluasi Input Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue di Dinas Kesehatan Kab Tegal. Vol 5, No. 2. Unnes Journal of Public Health.

Mustaring, N.A. 2010. Evaluasi Pengembangan Kelurahan Siaga di Kelurahan Tamangapa Kota Makassar tahun 2009. Skripsi. Makassaar: Universitas Hasanuddin.

Putri, Citra Resmi Lestariana dan Budi Laksono. 2017. Keefektifan Petugas Surveilans Kesehatan Demam Berdarah Dengue dalam Menentukan Angka Bebas Jentik. Unnes Journal of Public Health 6 (1) (2017)

Rahayu, T, 2012, Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Ketapang 2 (Studi di Kecamatan Mentawa Baru Ketapang Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah), Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol. 1, No. 2, Tahun 2012, Hal. 479 – 492.

Siyam, N, 2010, Fasilitasi Pelaporan KD-RS dan W2 DBD Untuk Meningkatkan Pelaporan Surveilans DBD. KEMAS, Vol. 8, No. 2, Tahun 2013, Hal. 113-120.

Sitepu, F.Y., dkk. 2012. Evaluasi dan Implementasi Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Singkawang, Kalimantan Barat, 2010. Balaba, 8(01): 5-10.

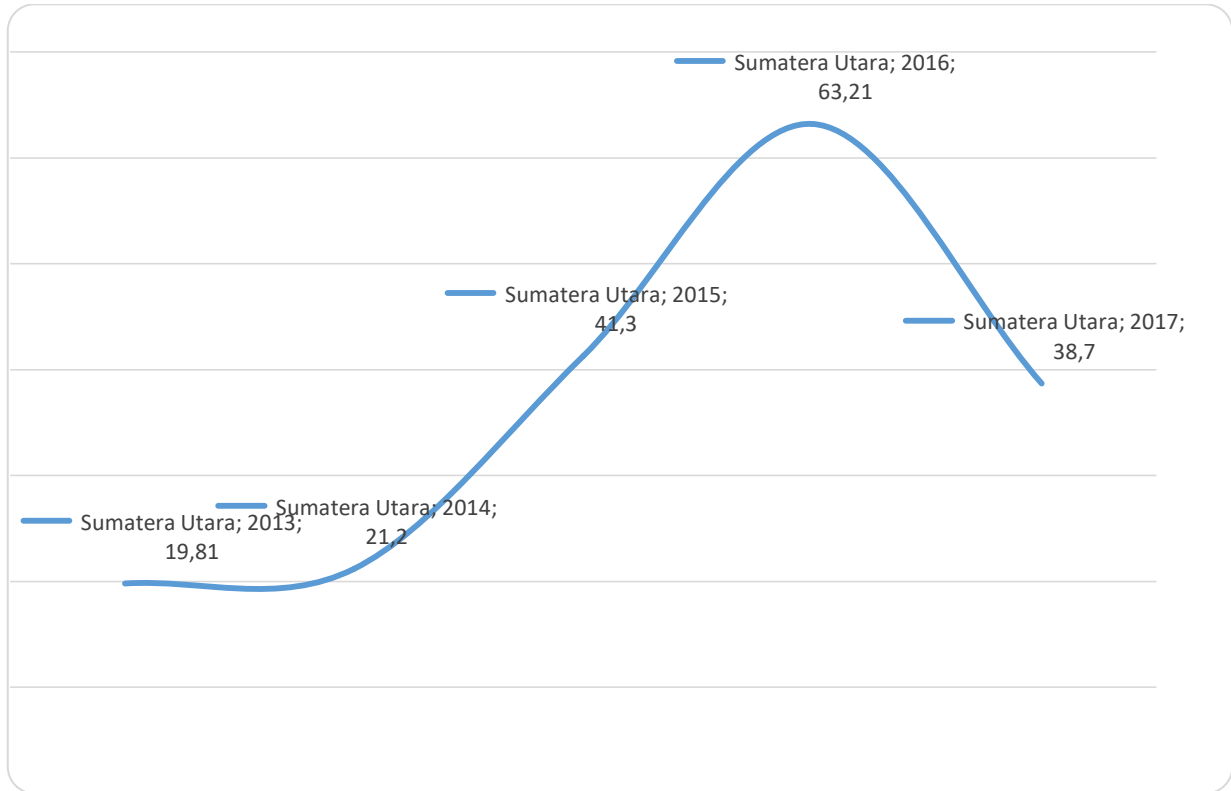
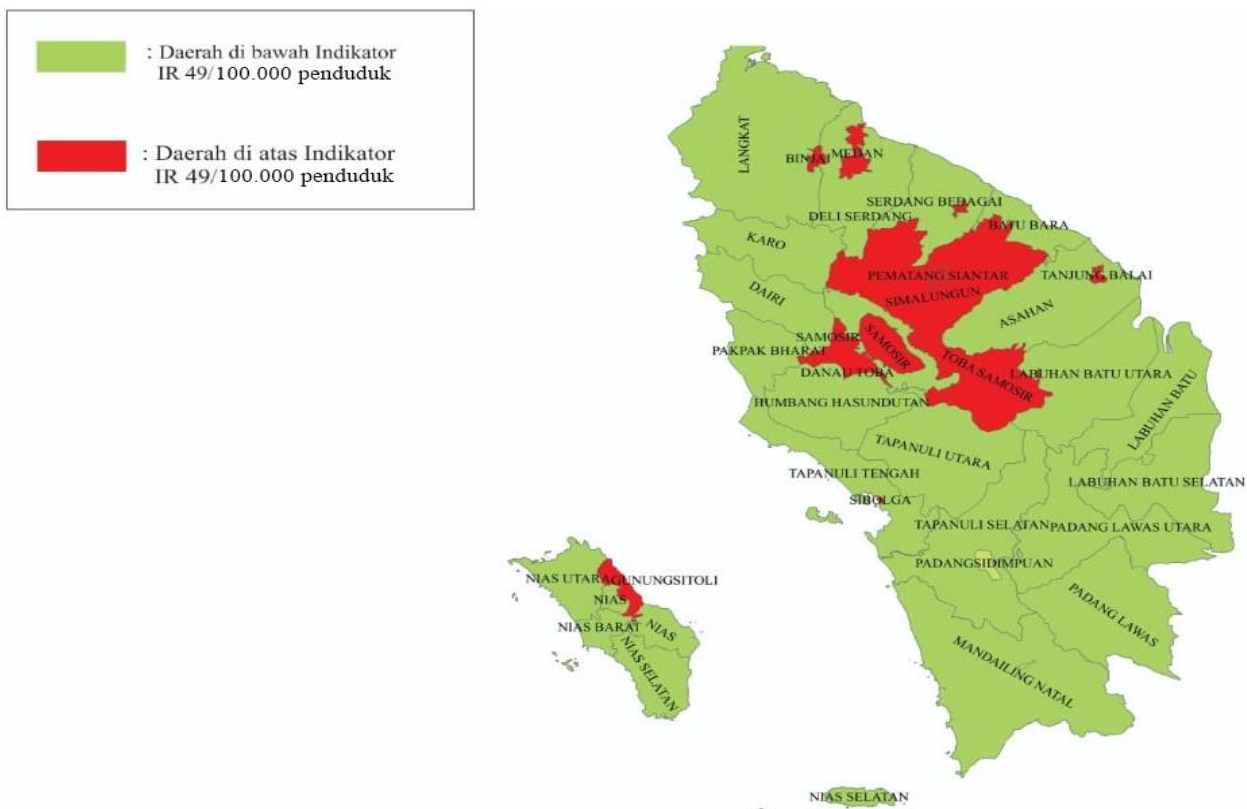
Sri Wulandari, Wiwit. 2009. Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan Dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan Tahun 2008. Skripsi. Jurusan Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Sebelas Maret Surakarta

Sari, Yunita Manda. 2013. Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberantasan DBD (P2DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Makassar. JURNAL MKMI, Juni 2013

Sulistya, 2006, Evaluasi Kegiatan Pelaksanaan Surveilans Malaria Di Dinas Kesehatan Kab.Sleman Tahun 2005, Thesis, Undip, Semarang.

Syahraji, M dan Dian Budi Santoso. 2019. Indikator Input Sistem *Surveillance* Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Yogyakarta. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, Vol. 7, No, 1 Maret 2019

WHO. 2019. Dengue and Severe Dengue. Diakses dari https://www.who.int/news-room/fact-

sheets/detail/dengue-and-severe-dengue pada 10 Mei 2019.
Zubaedah, I.S. 2007. Hubungan Faktor-Faktor Sumber Daya Manusia Terhadap Kinerja Petugas Pokja DBD Tingkat Kelurahan di Kota Tasikmalaya [Tesis]. Semarang: Universitas Diponegoro.

Gambar 1. Grafik Trend IR DBD di Sumatera Utara Tahun 2013-2017

Gambar 2. Pemetaan angka IR DBD Kabupaten/Kota di Sumatera Utara 2017

Tabel 1. Gambaran Indikator Masukan Program Pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* di Dinas Kesehatan Sumatera Utara

No	Variabel	Hasil	Keterangan
1	Sumber Daya Manusia	2 orang dokter, 1 orang tenaga sanitarian dan 1 orang ahli epidemiologi (S2)	Sudah terpenuhi pada tingkat provinsi yang memilki sumber daya manusia berupa dokter, tenaga sanitarian dan ahli epidemiologi.
2	Dana	Terdapat anggaran dana sebesar Rp 200 juta	Belum terpenuhi, alokasi penganggaran dana untuk program DBD yaitu lebih dari Rp 1 miliar
3	Sarana dan Prasarana	Terdapat insektisida sebanyak 2-liter, *rapid test* 100 item, dan larvasida 300 botol	Sudah terpenuhi, sarana dan prasarana untuk tingkat provinsi telah tercukupi karena Dinas Kesehatan Provinsi bukan pelaksana langsung untuk ke daerah sasaran
4	Media Penyuluhan	Hanya berupa *Banner*	Belum terpenuhi. *Leaflet*, *Flipchart* dan *Poster* belum ada